

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

No

5

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DE LA

Nécrobiose des Fibromes Uterins

présentée et soutenue le Décembre 1929

PAR

Maurice TUBIANA

né le 16 Mars 1903. a Bone

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, (V°).

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DE LA

Nécrobiose des Fibromes Uterins

présentée et soutenue le

Décembre 1929

PAR

Maurice TUBIANA

né le 16 Mars 1903.

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, (v°).

1929

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
	BESANÇON.
Clinique médicale	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
Clinique de la Tuberculose	TEISSIER.
	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique urologique	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
	TERRIEN.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	BROCQ	Pathologie chirurgicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.	BRULÉ	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	CADENAT	Pathologie chirurgicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	CHABROL	Pathologie médicale.
BAUDOIN	Pathologie médicale.	CHIRAY	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	CLERC	Pathologie médicale.
BLANCHE-		DEBRÉ	Hygiène.
TIERE	Chimie biologique.	DOGNON	Physique.
		DONZELOT ...	Pathologie médicale.
		DUVOIR	Médecine légale

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.		MM.	
ECALLE	Obstétrique.	MERCIER (Ferland)	Pharmacologie.
FIESSINGER ..	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
GARNIER	Pathologie expérimentale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	MULON	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	OBERLING	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER..	Urologie.	PHILIBERT ...	Bactériologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
HUTINEL	Pathologie médicale.	RICHET Fils ..	Physiologie.
JOYEUX	Parasitologie.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.	VALLERY-	
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.	RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.	VAUDESCAL ..	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.	VELTER	Ophthalmologie.
LÉVY-SOLAL ..	Obstétrique.	VERNE	Histologie.
LHERMITE	Pathologie mentale.	OLIVIER	Anatomie.
LIAN	Pathologie médicale.		
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET ..	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-		PROUST	Clinique chirurgicale.
LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY : Stomatologie.
CHAILLEY-BERT : Education physique.
LEDoux-LEBARD : Radiologie clinique.
WEILL-HALLE : Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A MA MERE

A MON PERE

A MA SŒUR

A MES FRERES

A MA GRAND'MERE

A Monsieur le Professeur LEJARS
de la Faculté de Médecine de Paris.

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MES JUGES

A la mémoire de M. le Professeur WIDAL

A MES MAITRES DE STAGE :

M. le Docteur LAUBRY

M. le Docteur LEVANT

A MES MAITRES DE L'EXTERNAT

M. le Docteur ROBINEAU

M. le Professeur GOSSET

M. le Docteur BOIDIN

M. le Docteur FOURNIER

M. le Docteur GANDY

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A Monsieur le Docteur MACHTOU

A MES PARENTS

A MES AMIS

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION

L'évolution naturelle des fibromyomes de l'utérus est extrêmement variable. En général, ils s'accroissent d'une façon progressive, tout au moins pendant la période d'activité génitale de la femme, deviennent gênants par leur volume, graves par leurs hémorragies et nécessitent le plus souvent une intervention chirurgicale. Un certain nombre régressent à la ménopause qui déclanche à leur niveau l'apparition d'un processus de sclérose fibreuse entraînant l'arrêt de leur développement et leur atrophie. Cette notion de la régression des fibromes est connue depuis longtemps et certains auteurs, tels que Hegar, pratiquaient des castrations ovariennes dans le but d'obtenir une ménopause artificielle anticipée. Plus récemment, l'entrée de la radiothérapie en clinique a permis de pratiquer des castrations artificielles entraînant un arrêt dans l'évolution de l'utérus fibromateux.

Mais, bien souvent, un grand nombre de fibromes voient leur évolution entrecoupée de complications plus ou moins graves, au premier rang desquelles il faut placer les dégénérescences et en particulier la nécrobiose et le sphacèle. Nous aurons surtout en vue

la nécrobiose aiguë aseptique, des fibromes sous péritonéaux ou intersticiels, et nous éliminerons la gangrène des polypes utérins qui ne sont autre chose que des fibromes sous-muqueux développés aux dépens de la cavité utérine ou cervicale, à base d'implantation large ou pédiculisée; mais la topographie de ces fibromyomes, leur situation et leur développement dans un milieu septique expliquent que l'ulcération la plus minime ou le trauma le plus léger permettent leur gangrène superficielle en nappes ou profonde, souvent favorisée si le pédicule est long par les troubles de vascularisation dite secondaire à l'étranglement ou à la torsion du pédicule. Cette infection peut d'ailleurs être extrêmement grave, et parfois mortelle.

Classiquement, la nécrobiose d'un fibrome utérin est caractérisée par une triade : c'est la douleur violente, brutale dans son apparition, à siège pelvien, à irradiation abdominale, exagérée ou réveillée par le toucher vaginal ou le palper abdominal; cette douleur est associée à des modifications dans la consistance du fibrome qui, de dur et pierreux qu'il était auparavant, devient mollassse et rénitent, voire pseudo fluctuant.

Enfin, on constate des troubles de l'état général, surtout au niveau de la face, qui prend une teinte jaune tout à fait spéciale traduisant l'intoxication, à point de départ utérin, c'est un jaune sale « pain d'épice »; bien différent du teint subictérique des anémiées ou de la coloration jaune paille des can-

céreuses; il faut enfin ajouter l'existence d'une température généralement peu élevée, oscillant autour de 38, mais à peu près constante.

Telle est la forme aiguë, dans d'autres cas, il s'agit d'une forme suraiguë, où les douleurs atroces s'installent brutalement, accompagnées de phénomènes péritonéaux et d'une température pouvant atteindre 40 d'emblée.

HISTORIQUE

Les principaux travaux sont ceux de Freund, Gambier, (Thèse Bordeaux 1908-1909) de Tédénat, et de Lécène.

En 1903, Schwartz étudiant la dégénérescence sénile précise les lésions anatomopathologiques des vaisseaux qui semblent en être à la base par suite du trouble circulatoire qu'elles entraînent.

J. L. Faure et Siredey, signalent la fréquence de l'hypertension artérielle chez ces malades.

Barbouth insiste sur la compression des vaisseaux nourriciers par les foyers hémorragiques interstitiels.

Vautrin insiste sur le rôle joué par la congestion pelvienne, secondaire à différents processus inflammatoires et à la constipation.

En 1911, Lecène, dans les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique signale la fréquence de la réaction péritonéale au cours de ces accidents. Pour lui, l'infection de ces tissus « frappés de mort et sans défense » est à peu près constante qu'elle relève d'une infection générale par voie vasculaire ou du microbisme latent par contiguïté.

Dans sa thèse Barbier, apporte quelques observations de nécrobiose survenant au cours même de la

grossesse, débutant par des douleurs violentes et s'accompagnant d'accidents péritonéaux.

Pour Fiolle de Marseille, la température accompagnant les phénomènes nécrotiques relèveraient de la mort en masse de la tumeur.

Enfin l'étude de la nécrobiose suraiguë a fait l'objet d'observations rapportées par Demons et Bégouin, Mitchnik-Eprhussi (Thèse Berlin) et Chavannaz et Nadal. Plus récemment les thèses de Carriat et Couty, étudient respectivement la nécrobiose post-ménopausique et les crises aiguës fébriles accompagnant son évolution.

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les altérations anatomiques que présentent ces fibromes ont été signalées pour la première fois par Cornil sous le nom de nécrobiose aseptique, répondant à la dégénérescence des auteurs anglais. Les différents stades de ce processus ont ceci de remarquable qu'ils se succèdent dans un milieu rigoureusement aseptique et ce jusqu'au ramollissement complet de la tumeur. Ces lésions extériorisent les troubles vasculaires et le défaut de vascularisation du fibrome.

Cette nécrobiose aseptique est extrêmement fréquente et bien souvent, l'apparition d'une infection au niveau d'un fibrome est secondaire à l'ischémie de ce dernier. Toute l'étude anatomo pathologique est dominée par la question de la vascularisation de ces myomes. Cruveilhier ne leur reconnaissant pas d'artère propre; Virchow leur attribuait une disposition artérielle tout à fait spéciale par ramifications se perdant entre les lames celluleuses. Enfin Claisse constate à leur intérieur l'existence de sinus sanguins sans membrane propre. Gambier en fait une étude expérimentale et étudie leur vascularisation après injection de l'artère utérine et constate que, « chaque noyau fibromateux reçoit une artère et une seule »; de plus, il note l'existence d'une étroite dé-

pendance entre la vascularisation générale de l'utérus et celle du fibrome.

Bardon, après injection de l'artère utérine suivie de radiographie constate l'existence « au niveau des fibromes utérins d'une double circulation artérielle périphérique et centrale. La première très abondante, reste en continuité avec la circulation utérine grâce à de nombreuses anastomoses. La seconde centrale apparaît sous la forme d'une artère unique, terminale ». Aussi ce dernier auteur admet que la nécrobiose résulte de l'oblitération de cette artère terminale dont l'absence d'anastomose ne permet pas de compenser la circulation. Cette oblitération résulterait de la striction ou plus exactement de la compression de cette artère par le développement du fibrome étranglé dans une gangue fibreuse, parfois calcifiée et inextensible. L'artère étant la plus friable elle sera la première écrasée. Mais il semble bien que cette oblitération peut relever d'embolie ou d'un processus d'artérite oblitérante avec thrombose, phénomène qui ne saurait étonner chez des malades présentant une hypertention artérielle (J. L. Faure).

Le fibrome frappé de nécrobiose montre dès l'incision de sa capsule une couleur caractéristique hortensia, parfois verdâtre, ou jaune foncé. Pour Lecène, la coloration rouge vineux de ces myomes traduirait la diffusion de l'hémoglobine du sang provenant des hémorragies interstitielles.

Parfois, on constate l'existence d'ecchymose en nappe sur le fibrome qui peut présenter une consis-

tance variable, le plus souvent, il est mou et offre à la coupe des cavités plus ou moins régulières, pleines d'un liquide hématique.

Barbouth décrit trois stades dans le processus nécrobiotique.

— Au début, on constate une diminution du nombre des fibres musculaires lisses en même temps qu'une augmentation des fibres conjonctives; les parois vasculaires sont épaissies en même temps que la lumière des vaisseaux augmente de volume. Les capillaires sont constamment dilatées et gorgées de sang.

— Dans une seconde période, la nécrobiose est encore incomplète, les fibres musculaires sont nécrosées, mais en partie seulement et il en persiste quelques restes mal colorés. Les noyaux des fibres conjonctives sont plus clairs et plus grands, et ces faisceaux sont dissociés par des hémorragies interstitielles. La thrombose vasculaire prédomine et l'effraction des capillaires entraîne parfois une infiltration séreuse qui caractérise la variété œdémateuse.

Enfin dans une troisième période, la dégénérescence est totale; on ne constate l'existence d'aucun élément histologique normal et la bouillie caséuse ne renferme plus que des éléments cellulaires peu reconnaissables. Mais, fait capital, à cette période les examens les plus approfondis n'ont jamais montré l'existence de polynucléaires, et les cultures de fragments tuméraux n'ont donné aucun résultat ni sur milieu aérobie, ni sur milieu anaérobie.

ETUDE CLINIQUE

Le processus de sphacèle se traduit le plus souvent par une triade symptomatique.

1. La douleur, le plus souvent violente.

2. L'augmentation brusque du volume de la tumeur en même temps qu'une diminution de sa consistance.

3. Des troubles de l'état général dont les deux plus constants sont le teint jaune sale et l'hyperthermie.

La douleur est de ces trois symptômes le plus fréquemment observée; elle est signalée par tous les auteurs elle est spontanée et provoquée. Il s'agit d'une malade porteuse d'un fibrome utérin latent ou reconnu, mais jusque là bien toléré quand, brusquement surviennent des douleurs vives siégeant dans l'hypogastre et pouvant, dans certains cas s'accompagner d'une réaction péritonale. Ces symptômes apparaissent souvent au moment des règles et peuvent s'accompagner d'hémorragies qui, si elles sont abondantes entraînent une anémie aiguë de la malade. Puis la crise s'atténue et il persiste une douleur spontanée légère, mais fait important, la douleur violente peut être réveillée par la pression au palper ou au toucher d'un point du fibrome qui est généralement ramolli.

La réaction péritonéale est la première à disparaître; le ventre redevient souple, et les gaz reprennent leur cours normal. Chez d'autres malades les crises sont intermittentes, plus ou moins espacées et peuvent revêtir l'aspect de coliques utérines. Ces crises deviennent d'ailleurs d'autant plus violentes que la nécrobiose s'étend davanage. Les douleurs sont généralement localisées dans le bas ventre mais irradient fréquemment, en bas, vers la face interne des cuisses, ou en haut, vers les régions lombaires. Il existe donc ainsi une crise brutale et des crises espacées, et pour Barbouth « le syndrome aigu indique qu'il y a une nécrobiose brusque tandis que les petites crises doivent faire penser plutôt à la nécrobiose lente ou à petits foyers multiples successifs ». Quoiqu'il en soit, l'importance de ces crises douloureuses est leur valeur diagnostique, et bien souvent elles sont une indication formelle d'hystérectomie.

Mais dans certains cas, la nécrobiose évolue d'une façon beaucoup plus lente et la douleur est remplacée par une sensibilité spéciale du fibrome qui coïncidant avec son ramolissement doit faire craindre, au même titre qu'une crise douloureuse sa dégénérescence.

Il n'est pas rare de rencontrer des métrorragies plus ou moins abondantes qui, si elles surviennent après la ménopause présentent une valeur diagnostique considérable. Chez d'autres malades ces hémorragies alternent avec des écoulements hydror-

rhéiques, sans odeur, s'opposant à la fétidité des pertes que l'on rencontre dans les cas de spacèles.

L'examen physique d'une telle malade peut montrer une augmentation brusque du volume de la tumeur et surtout des modifications dans sa consistance qui, de dure et ligneuse devient mollassse, dépressible et rénitente. Ce dernier symptôme est rarement généralisé à toute la tumeur mais le plus souvent localisé en une ou plusieurs zones.

Parmi les symptômes généraux, les deux plus importants sont l'altération du faciès et les modifications thermiques.

Le faciès présenté par ces malades est tout à fait spécial; le teint est très altéré d'un jaune caractéristique qui rappelle beaucoup plus le teint des intoxiqués que celui des subictériques; souvent la langue est sale et l'anorexie complète.

L'élévation de la température, si elle est modérée, présente un caractère continu. Ce sont des accès fébriles qui n'entraînent exceptionnellement des modifications importantes du pouls et ne semblent pas traduire une altération grave de l'état général. Cette température ne décroît que lentement et persiste tout au moins de quelques dixièmes après l'accalmie et il s'y associe une sensibilité plus ou moins marquée de la tumeur pendant plusieurs semaines si la malade n'a pas été opérée. Pour Lecène, cette température n'est autre qu'une fièvre aseptique de résorption résultant de la résorption du sang extravasé et des déchets cellulaires que renferme le foyer nécrotique.

Dans certains cas ce foyer peut devenir le siège d'une infection locale vraie et alors apparaissent des troubles généraux beaucoup plus sérieux. L'anémie est considérable et la cachexie s'installe rapidement. De jaunâtre, le teint devient plombé, les troubles digestifs passent au premier plan et se manifestent par l'anorexie, les vomissements et la diarrhée profuse, la fièvre élevée et irrégulière s'accompagne de frissons et de sueurs qui n'existaient pas dans la nécrobiose aseptique; les urines se raréfient et deviennent albumineuses; les pertes abondantes et brunes sont très fétides et contiennent du pus et des débris de tissus sphacéliques. Le foyer septique s'est alors ouvert par voie vaginale, mais dans d'autres cas, il peut entraîner une véritable perforation utérine et s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale ou le rectum.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Il est heureusement assez difficile de préciser le sort de ces malades lorsque l'évolution n'est pas entravée par une intervention chirurgicale, car la malade est généralement opérée peu après la fin de la crise.

Cette crise dure trois semaines environ et les symptômes fonctionnels et généreux diminuent progressivement d'intensité. Les crises sont le plus souvent uniques, mais si elles sont moins vives elles peuvent se reproduire dans les années suivantes.

Dans l'ensemble, le pronostic de la nécrobiose des fibromes utérins est relativement bénin, il n'existe en effet pas de processus infectieux et l'intoxication liée à la résorption tissulaire est le plus souvent transitoire.

Mais, par contre, l'infection de tels fibromes est extrêmement grave. C'est alors que l'exagération progressive des signes généraux résultant de l'évolution d'un processus mixte toxi-infectieux peut aboutir à une cachexie à marche rapide. Des complications peuvent survenir en particulier la septicopyohémie à point de départ utérin, la péritonite ré-

sultant de la rupture du foyer infectieux dans le grand péritoine.

Somme toute, la constatation d'une nécrobiose d'un fibrome utérin aseptique ou infecté constitue une des indications majeures de l'hystérectomie abdominale.

DIAGNOSTIC

L'existence de formes frustres rend parfois le diagnostic difficile. Dans certains cas il importera de bien distinguer la nécrobiose du *cancer de l'utérus*. Dans les deux cas en effet on peut constater l'apparition d'hémorragies après la ménopause et de douleurs; en effet, les formes ulcéreuses du cancer du col peuvent envahir le Douglas, et infiltrant les nerfs sacrés entraîner l'apparition de douleurs précoces. L'anémie et ses résorptions toxiques au niveau du cancer entraînent un amaigrissement et un teint jaune pâle qui dans certains cas peut rappeler le teint jaune sale des fibromateuses. Le toucher vaginal tranchera le diagnostic avec le cancer du col; mais beaucoup plus délicat est celui du cancer du corps qui s'accompagne de l'élimination d'une sécrétion fétide, plus ou moins purulente et de débris sphacéliques. C'est ici qu'un curetage explorateur suivi d'un examen histologique pourra rendre des services.

Dans d'autres cas, la température et les phénomènes douloureux locaux pourront faire craindre la co-existence d'un utérus fibromateux et d'une salpyngite suppurée associés que celle-ci soit antérieure

ou secondaire au fibrome, mais les poussées douloureuses successives et répétées sont à type inflammatoire et la masse n'a ni le contour régulier du fibrome ni sa mobilité.

Parfois, l'intensité des phénomènes douloureux pourra faire craindre la torsion brutale d'une tumeur pelvienne extra utérine telle qu'un kyste de l'ovaire, mais en pareil cas, il n'y a pas de métrorragie et le palper associé au toucher vaginal montre l'existence d'une tumeur ne faisant pas corps avec l'utérus et dont la consistance très ferme est bien différente de celle rénitente des fibromes utérins en voie de nécrobiose.

TRAITEMENT

D'une façon générale l'hystérectomie abdominale subtotale est la plus couramment pratiquée en pareil cas. L'hystérectomie vaginale n'étant réservée qu'aux malades très affaiblies et ayant présenté des hémorragies répétées ou abondantes qui ont entraîné une anémie chirurgicale aiguë.

Dans certains cas l'intervention doit être pratiquée à chaud, en pleine crise, et presque d'urgence. Mais en général, si l'intervention hâtive s'impose, on peut toutefois attendre pendant quelques jours la diminution de la crise. Toutefois une attente trop prolongée peut entraîner une altération de l'organisme qui expose la malade à une moindre résistance à l'intervention et bien des morts sont à mettre sur le compte d'une temporisation poussée trop loin.

Cette question de la date de l'intervention est donc assez difficile à préciser et il s'agit surtout de cas d'espèces.

L'intervention décidée, il faut choisir entre l'hystérectomie abdominale subtotale et la totale. La première sera préférée dans la plupart des cas, mais si l'on est en présence d'une nécrobiose étendue, et surtout d'une infection concomittante, il faudra lais-

ser le pas à l'hystérectomie totale qui ne risque pas de laisser persister un moignon utérin, foyer d'infection qui est susceptible de suppurer et d'entraîner une infection générale emportant la maladie par septicémie.

Il reste bien entendu que le pronostic opératoire est considérablement aggravé si l'on se trouve en présence de fibromateuses hypertendues, artérioscléreuses, présentant une déficience des principaux viscères tels que le cœur, les reins ou le foie. Enfin le pronostic est également beaucoup plus grave si l'on se trouve en présence d'un fibrome infecté et en pareil cas il faudra toujours s'attendre au pire dans les suites opératoires.

Il reste bien entendu que l'existence d'un foyer nécrotique utérin est une contre-indication formelle à la radiothérapie ou à la curie-thérapie, qui sont susceptibles d'entraîner une perforation utérine, suivie de péritonite mortelle.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. LOUBAT : *Fibrome utérin en nécrobiose
avec accidents aigus d'allure grave.*

Mlle R., 39 ans a toujours été réglée d'une façon normale; peut-être les pertes de sang sont-elles un peu plus abondantes depuis un an. Depuis la même époque, elle a constaté que la partie inférieure de l'abdomen était soulevée par une tuméfaction dure; elle ne s'en inquiète pas outre mesure, pas plus que d'une pollakiurie de plus en plus accentuée.

De bonne santé habituelle, infirmière bénévole très active sur le front français au Maroc, elle a payé depuis trois ans son tribut à l'entérocélite chronique, avec alternative de constipation et de selles diarrhéiques graisseuses. Elle suit depuis le début un régime assez sévère et maigrit de façon continue.

Le 18 octobre 1923, au moment des règles, notre malade ressent une douleur plus violente que l'habitude.

Les pertes sanguines sont d'emblée abondantes, et à partir de ce moment, les douleurs sont très vives; elles siègent à la partie inférieure de l'abdomen, et s'irradient dans le bassin. Le ventre se ballonne, l'arrêt des matières et des gaz est suivi de vomissements. Le médecin appelé constate la présence d'une tumeur abdomino-pelvienne dure et immobile, présentant tous les caractères d'un fibrome utérin. La température est de 39°4; le pouls est accéléré; le teint terreux.

Les accidents persistant toujours aussi violents, nous sommes appelé à voir la malade en consultation. Nous constatons que c'est la tumeur utérine, du volume d'un melon, qui est surtout le siège des phénomènes douloureux. Le fibrome, bloqué au niveau du détroit supérieur, très dur, est douloureux dans toute sa masse. La palpitation de l'abdomen, au-dessus, éveille de la sensibilité, mais il n'existe pas cependant de défense appréciable de la paroi. Le météorisme n'existe plus, la malade émettant des gaz depuis vingt-quatre heures. Les pertes sanguines ont diminué.

Nous portons le diagnostic de fibrome utérin en voie de nécrobiose, et nous décidons d'attendre une accalmie pour opérer. Repos au lit; glace sur le ventre, lavements évacuateurs.

Les phénomènes aigus persistent pendant une dizaine de jours; ils décroissent ensuite peu à peu, mais l'apyrexie à peu près complète (37°2) le matin, n'est atteinte que vers le 30 octobre.

C'est après les règles, le 18 novembre, que nous intervenons. Hystérectomie abdominale très simple. Le fibrome qui paraissait fixé à l'examen clinique, était simplement enclavé dans le détroit supérieur qu'il emplissait exactement. Une légère traction put le libérer complètement, montrant un aplatissement très marqué du côlon sigmoïde à ce niveau, entre la tumeur et l'os.

Les suites furent parfaites, et la malade guérit sans accidents.

A la coupe de la tumeur, il existait un seul nodule fibromateux, présentant les altérations caractéristiques d'une nécrobiose massive, teinte variant du rouge lie de vin à la nuance feuille morte. L'examen histologique confirme le diagnostic de sphacèle aseptique.

OBSERVATION II

BEGOUIN : (*Sté d'Obstétrique et de Gynécologie*
27 décembre 1921).

Le 28 novembre 1921, entrant dans mon service de clinique du Tondu, une ménagère, Mme L..., 43 ans, pour une tumeur douloureuse du bas-ventre. Celle-ci était pelvi-abdominale, atteignait presque l'ombilic, et semblait dépendre de l'utérus. Elle était molle, fluctuante, ou plutôt pseudo fluctuante, et douloureuse à la pression. L'hystérométrie était impossible. La première idée était qu'il s'agissait d'un fibrome mou, et cette mollesse, jointe à la douleur spontanée et provoquée au niveau de la tumeur, et à la fièvre du soir, 37°6, 38°, faisait penser à une complication de sphacèle aseptique. Mais les règles avaient toujours été peu abondantes et de peu de durée; la malade accusait seulement deux petites hémorragies intercalaires dans le courant de la dernière année. Puis, elle était très affirmative, sur la naissance, cinq ans plus tôt, de la tumeur dans la fosse iliaque gauche, et non sur la ligne médiane. En outre, elle décrivait très nettement qu'en dehors de la douleur sourde presque continue, qu'elle éprouvait au niveau de sa tumeur, elle avait été prise, huit ou dix fois depuis deux ans, de crises douloureuses aiguës du bas ventre, qui l'ont obligée à se tordre et à se coucher. Les unes avaient duré deux, trois heures, les autres deux jours. L'une l'avait maintenue huit jours au lit, avec de la fièvre. Pendant les crises, la tumeur devenait plus grosse, disait-elle, et elle diminuait ensuite.

En face de ces crises douloureuses, si analogues à celles de torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire, de la naissance latérale de la tumeur cinq ans plus tôt, de sa mollesse actuelle, qui donnait une impression de fluctuation, enfin, de l'absence de toute ménorrhagie, et sans renseignement d'hystérométrie, je ne portai pas de diagnostic

ferme, mais je penchai pour un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, devenu adhérent à l'utérus.

La laparatomie faite le 9 décembre montra qu'il s'agissait d'un fibrome. Je fis l'hystérectomie. Voici la pièce, et vous voyez que le gros noyau fibromateux qui constitue la tumeur est en état de sphacèle aseptique gris ardoisé.

Ce sont des crises douloureuses aiguës, du type de crises de torsion pédiculaire, qui m'ont surtout fait pencher pour le diagnostic de kyste de l'ovaire.

OBSERVATION III

LOUBAT, MANGE et BERNARD

*(Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie
Paris 1924).*

L'histoire est classique. Une femme de 48 ans, portant depuis longtemps un gros fibrome dur et indolore, a présenté des accidents douloureux à début subit dans tout le bas ventre, s'accompagnant d'accidents péritoniaux nets et d'une importante élévation thermique. La tumeur, jusque là peu gênante, est devenue douloureuse et bientôt des métrorragies surviennent. Nous voyons la malade en période aiguë, avec température à 40°, et nous conseillons d'attendre la disparition des phénomènes aigus pour intervenir.

Un mois et demi après, nous pratiquons dans de bonnes conditions l'hystérectomie abdominale subtotale. (Les suites, au 15^e jour, sont normales).

Voici la pièce enlevée; à la coupe, on constate que le fibrome, du volume d'une tête d'adulte, présente des lésions éclatantes de nécrobiose au stade dit de « dégénérescence rouge ». Cette nécrobiose massive, d'ordre nutritif, ne présente aucun signe d'infection, mais il semble que cette infection n'aurait pas tardé à se produire, puisque le fibrome

n'était plus isolé de l'extérieur en tous ses points par sa coque fibreuse. En effet, en ouvrant la cavité utérine par sa face antérieure, on constate que le fibrome qui a refoulé l'utérus en avant, a usé ou rompu sa coque et la muqueuse en un joint de la paroi postérieure de la cavité utérine.

Il existe là une perforation arrondie, à bords nets, de la dimension d'une pièce de cinq francs, par où le fibrome mortifié communique avec la cavité utérine tranchant par sa coloration brun noirâtre sur le gris blanc de la muqueuse environnante.

Il y avait donc là des conditions suffisantes pour que la gangrène plus ou moins putride vienne compliquer la nécrobiose simple, causant l'infection de la tumeur déjà mortifiée, par des microbes provenant de la cavité utérine.

On pourrait dissenter sur le point de savoir si cette solution de continuité de la muqueuse utérine existait avant la nécrobiose, ou si elle lui est secondaire, si, dans le premier cas, elle a pu jouer un rôle dans la genèse de cette mortification; mais on serait réduit à émettre des hypothèses, aussi préférons-nous constater simplement le fait anatomique.

Examen histologique. — L'examen histologique pratiqué par M. le Docteur Piedchaud, chef de laboratoire à l'Hôpital Bel Air, a confirmé le diagnostic de sphacèle aseptique du fibromyome, qui a perdu toute affinité pour les colorants nucléaires.

OBSERVATION IV

F. LEGUEU : *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*
de Paris. 8 mai 1911.

Péritonite provoquée par un fibrome au cours
d'une grossesse.

J'ai eu l'occasion d'observer récemment une femme âgée de 42 ans, ayant un retard de règles de deux mois, présen-

tant une réaction péritonéale, avec fièvre à 38°5, ayant débuté trois jours auparavant par une douleur abdominale droite, survenue brusquement après dîner, et suivie de vomissements. Le diagnostic porté avait été primitivement d'appendicite.

Lorsque j'examinai cette femme, je trouvai un bon faciès, le pouls battant à 80, mais un ventre ballonné et si uniformément tendu que le toucher combiné à la palpitation ne put me permettre un diagnostic précis.

Après examen sous chloroforme, je fis le diagnostic de fibrome, avec grossesse probable, accompagné d'une péritonite de cause indéterminée.

La laparotomie pratiquée à froid, suivie d'une hystérectomie subtotale, montre qu'il s'agissait d'un long fibrome, coiffant le pôle supérieur d'un utérus gravidé, et revêtu lui-même d'une coque d'adhérences épiploïques et intestinales.

Le point de départ de cette péritonite n'était pas dans une inflammation annexielle, les annexes étant macroscopiquement saines, et trop éloignées de la zone d'adhérences pour en être la cause. L'appendice était sain si bien que je serais disposé à admettre que les lésions observées sont toutes sous la dépendance de modifications pathologiques du fibrome sous jacent, qu'il m'est d'ailleurs impossible de préciser.

Au cours de la discussion qui suivit, M. Lepage fait ressortir l'avantage de l'examen sous chloroforme dans le cas de diagnostic difficile. Il a observé chez une femme enceinte de cinq mois et demi un fibrome sessile recouvert d'adhérences épiploïques; l'hystérectomie fut faite avec succès. Là encore, il s'agissait d'une épiploïte localisée au fibrome.

M. Potocki estime que les fibromes peuvent donner lieu, sans appendicite, sans annexite concomitante, à des réactions péritonéales. Il a opéré une femme enceinte de sept mois, présentant un fibrome sessile sans aucune adhérence épiploïque, s'accompagnant simplement d'une péritonite locale, avec douleur et fièvre. L'hémorragie causée par une

tentative d'énucléation dut faire abandonner celle-ci. On referma le ventre, et l'accouchement eut lieu à terme.

OBSERVATION V

LECÈNE : (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*

août 1911, p. 449).

Une femme de 49 ans entre le 9 mars 1908 à l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître, le docteur Hartmann, pour une tumeur douloureuse de l'abdomen.

Il y a deux ans environ que cette malade a vu grossir son ventre; depuis six mois, elle n'est plus réglée; jusque là, les règles avaient toujours été régulières comme quantité et périodicité : elle a eu six grossesses à terme.

Depuis quinze jours, la tumeur abdominale est devenue douloureuse; ces douleurs siègent surtout du côté gauche, et reviennent, sous forme de crises, durant un quart d'heure environ, surtout pendant la nuit. A l'examen, on constate au palper la présence d'une tumeur occupant l'hypogastre et la fosse iliaque gauche; cette tumeur remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic : elle est dure, un peu lobulée, et douloureuse à la pression au niveau de sa partie gauche. Au toucher, on trouve le col regardant en bas et en arrière, admettant l'extrémité du doigt; le cul-de-sac postérieur est libre; dans le cul-de-sac antérieur, on sent plusieurs bosselures qui se continuent avec le col; les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col.

Il existe un léger état fébrile 38°2 rectal le soir. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine; on fit le diagnostic de fibrome utérin. Le 16 mars 1908, je fis l'hystérectomie abdominale supra vaginale, avec ablation bilaté-

rale des annexes; péritonisation complète. Réunion de la paroi sans drainage. Guérison.

L'utérus enlevé contient un fibrome interstitiel, développé dans la paroi postérieure de l'utérus; ce fibrome a le volume des deux poings; il est bien encapsulé et entouré de tous côtés par du tissu utérin d'aspect normal, mais ce fibrome est de consistance molle; il a une couleur lie de vin et verdâtre, suivant les points, surtout en son centre. La muqueuse utérine n'est pas hypertrophiée; les annexes gauches sont normales, à droite, les annexes étaient kystiques et adhérentes à la paroi pelvienne.

Les coupes histologiques du fibrome de couleur lie de vin montrent en certains points un aspect très particulier: le tissu musculaire lisse est réduit à de minces bandelettes séparées par des vaisseaux capillaires dilatés et pleins de sang; ces fibres musculaires lisses ont en partie conservé leur aspect normal; mais cependant, en certains points, elle se colorent mal, et leurs noyaux ne sont pas visibles; en outre, de nombreuses hémorragies interstitielles parsèment le tissu musculaire lisse et le dissocient. En d'autres points, le tissu musculaire lisse est franchement nécrobiosé, ne se colorant plus et ne présentant plus de noyaux visibles. En aucun point cependant, il n'existe d'inflammation du tissu musculaire.

Les cultures faites avec le centre du fibrome lie de vin n'ont donné aucun résultat sur les différents milieux aérobie et anaérobies.

OBSERVATION VI

PIQUAND : *Thèse de Paris* 1905.

Mme L..., sans profession, âgée de 50 ans, entre à Cochin, service de M. Quénu, le 26 octobre 1903, pour des métrorragies.

Réglée régulièrement à 14 ans. Deux accouchements normaux. Ménopause il y a deux ans.

Au mois de juillet dernier, la malade s'est plainte de douleurs abdominales vives, suivies de métrorragies abondantes, qui ont duré quatre jours.

A la fin de septembre, nouvelles crises de douleurs, suivies de métrorragies et d'expulsion de caillots.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade se plaint encore de coliques, accompagnées de pertes blanches très abondantes; deux jours après son entrée, les métrorragies recommencent. Pas de fièvre. Etat général bon.

Examen très difficile en raison de l'embonpoint extraordinaire de la malade. Après dilatation, on sent par le toucher intra-utérin une masse assez volumineuse qui fait saillie dans la cavité.

Hystérectomie vaginale le 9 novembre 1903, par M. Lauenay. Suites opératoires bonnes.

A l'examen de l'utérus, on trouve un fibrome du volume d'une petite orange, dans l'épaisseur de la paroi postéro supérieure de l'utérus; ce fibrome fait fortement saillie dans l'intérieur de la cavité en soulevant la muqueuse qui, à ce niveau, est amincie et légèrement ulcérée.

La tumeur, assez dure, présente à la coupe, une coloration brun feuille morte à la périphérie; brun très foncé, presque noir, dans le centre qui ressemble à un morceau de caoutchouc. Elle exhale une odeur fade assez désagréable.

Examen histologique. — Les coupes, prises à la périphérie, montrent un aspect rappelant celui des myomes en dégénérescence fibreuse totale; elles montrent des bandes de tissu fibro-conjonctif ondulé, avec quelques noyaux allongés mal colorables par les réactifs. On ne peut distinguer aucune fibre musculaire; par contre, on voit quelques vaisseaux à lumière très réduite dont les parois sont peu distinctes, mais présentent encore un endothélium reconnaissable.

Dans la zone centrale, présentant l'aspect d'un morceau de caoutchouc, brun noirâtre, la structure est extrêmement simple, formée exclusivement par des faisceaux ondulés, réunis les uns aux autres et groupés en lobules d'une façon plus ou moins nette. Dans ce tissu, aucun élément ne se colore par les réactifs, de sort, que sur les coupes, on voit un tissu uniformément grisâtre, plus ou moins foncé, dans lequel on ne peut distinguer aucun élément vivant.

La muqueuse qui recouvre la tumeur paraît normale, mais très amincie; en plusieurs points, elle a disparu. Il s'agit donc d'une tumeur en nécrobiose complète au centre, incomplète à la périphérie.

OBSERVATION VII

(BOURSIER et LEFEVRE : *Sté d'Obs. et de Gyn et de Pédiatrie de Bordeaux*. 8/1/1907).

*Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus
atteint de sphacèle putride.*

Jeanne N..., 58 ans, entrain le 20 octobre 1906 dans le service du Professeur Boursier, pour de vives douleurs siégeant au bas ventre, à droite et à gauche et accompagnées de fièvre, douleurs dont le début remontant à cinq ou six mois.

Dans les antécédants héréditaires ou personnels de la malade, on ne relève rien d'intéressant.

Réglée pour la première fois à 18 ans, ses règles étaient régulières, duraient cinq à six jours, étaient peu abondantes, indolores. Dans l'intervalle de ses périodes menstruelles, elle présentait quelques pertes blanches.

Durant la période active de sa vie génitale, elle a eu deux accouchements à terme, à 30 ans et 34 ans, une fausse couche de deux mois à 29 ans. A la suite de ses accouche-

ments et de sa fausse couche, elle a toujours été assez souffrante, présentant des hémorragies, des pertes, des douleurs, de la fièvre. Depuis, elle a toujours un peu souffert du bas ventre

La ménopause est survenue sans incident à 45 ans.

A 56 ans, sans cause apparente, elle eut durant toute une année de violentes hémorragies avec douleurs, rejets de caillots, accompagnées d'une anémie profonde. Sans cause appréciable, les hémorragies s'arrêtèrent en décembre 1905, et depuis, elle n'a plus perdu de sang. Mais, dès lors, s'installèrent des pertes blanches non fétides, peu abondantes.

Apparurent aussi de vagues douleurs dans le bas-ventre, douleurs siégeant sur les côtés et irradiées aux lombes et aux cuisses. Peu à peu, ces douleurs augmentèrent d'intensité, surtout à l'occasion des fatigues; enfin, d'intermittentes qu'elles étaient, elles devinrent bientôt continues, occupèrent tout le bas-ventre avec cependant prédominance à droite.

Vers les premiers jours d'octobre, ces douleurs devinrent si vives que la malade dut s'aliter et enfin, entrer à l'hôpital le 20 octobre 1906.

A son arrivée, on se trouvait en présence d'une femme très amaigrie, au teint jaune, et dont la température vespérale s'élevait tous les jours au-dessus de la normale. A l'inspection du ventre, on ne constatait rien d'anormal; à la palpation, on trouvait le ventre souple dans toutes les régions, sauf au niveau de la région sous-ombilicale, où la palpation suscitait de la défense musculaire, éveillait de la douleur; profondément, on était arrêté par une masse dure, sensible, débordant le pubis de deux travers de doigt, se prolongeant dans la fosse iliaque droite; cette masse plongeait dans l'excavation pelvienne.

Au toucher, on trouvait un col déchiré à gauche, abaissé, de consistance normale, se continuant avec un corps utérin qui paraissait situé en avant et refoulé contre la symphyse par une masse volumineuse occupant le Douglas, refoulant le cul-de-sac postérieur et les latéraux, remplissant l'exca-

vation pelvienne et que, par la palpation bimanuelle, on reconnaissait être la masse palpée par le ventre, le tout était absolument bloqué, absolument immobile. En présence de ces faits, de ces symptômes et des antécédants de la malade, on pense que l'on avait affaire à une pelvi-péritonite développée autour d'une tumeur utérine; on mit de la glace sur le ventre de la malade et on la soumit aux injections de cyanure.

Les douleurs diminuèrent, les pertes blanches se tarirent; mais la malade qui jusque là était constipée, fut prise tout à coup de diarrhée et le 26 octobre, elle rendait un peu de pus en allant à la selle. Consécutivement, la diarrhée a persisté, mais sans pus. Douleurs et fièvre persistèrent avec des accalmies et des reprises jusqu'au 10 novembre.

Le 10 novembre, on trouvait à la palpation, une masse volumineuse remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, à gauche, à quatre travers de doigt du pubis, sur la ligne médiane et sur le côté droit, masse un peu bosselée, paraissant rénitente, douloureuse.

Au devant de cette masse, on trouvait des ilots de matité et de sonorité alternatifs.

Par le toucher vaginal, on ne constatait rien de plus que précédemment, si ce n'est que les culs-de-sac postérieur et latéraux bombaient davantage, et qu'il semblait qu'il existât de la fluctuation transmise de la main abdominale au doigt vaginal.

Le 12 novembre, on pratiquait trois ponctions exploratrices, négatives dans le cul-de-sac postérieur, on ne retira que du sang et un fragment de matière solide demi-molle.

Devant ces ponctions négatives et en présence des faits suivants :

- 1° Augmentation énorme de la tumeur en peu de jours.
- 2° Bosselures de consistance demi-molle.
- 3° Apparition de ganglions volumineux iliaques internes.
- 4° Cachexie plus ou moins marquée,

on pose le diagnostic de tumeur maligne du petit bassin probablement de l'utérus et des annexes.

Le 16 novembre, la malade faisait une phlébite du membre inférieur droit.

Le 18 novembre, début d'eschare sacrée, et la malade mourait le 30 novembre, n'ayant plus eu, depuis le 10 novembre, de température supérieure à 37°.

Autopsie. A l'ouverture du ventre, on constatait une grosse tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, de couleur violacée, de consistance molle, recouverte en partie par les anses grêles, qui y adhéraient lâchement. Les anses grêles réclinées, on constatait que cette tumeur emplissait totalement l'excavation pelvienne; elle était adhérente aux parois de l'excavation et aux vaisseaux iliaques externes; on constatait bientôt que cette tumeur appartenait à l'utérus et que les annexes étaient aplaties et adhérentes à la tumeur. Pour enlever cette tumeur dans son entier, il fallut extirper en bloc tous les organes du petit bassin, y compris le péritoine pariétal, puisque la tumeur était adhérente de partout; le vagin fut sectionné au-dessus du col. La vessie non adhérente fut laissée en place. La tumeur une fois enlevée, l'utérus fut incisé sur sa face antérieure et, sur la pièce que l'on a sous les yeux, on peut constater que la cavité utérine est augmentée de volume; elle mesure 10 cm; la muqueuse en est parfaitement saine.

La paroi antérieure utérine est mince, ne mesure pas plus de un centimètre d'épaisseur.

C'est dans la paroi postérieure que se trouve la tumeur. Celle-ci, à la périphérie, présente encore du côté utérin, la structure macrosopique du fibrome; mais, dans tout le reste de son étendue, on ne trouve plus qu'un magna noirâtre, putrilagineux, qui s'écrase sous les doigts, et d'odeur fétide.

Le rectum aplati, adhérent à la face postérieure de la tumeur, est perforé en un point qui correspond à son extrémité supérieure. Cette perforation explique l'issue du pus

par l'anus le 26 octobre 1906, et sa hauteur explique les signes négatifs perçus par le toucher rectal.

Sur les parois latérales, les nerfs obturateurs, les vaisseaux hypogastriques étaient adhérents et comprimés. Les veines iliaques, primitive et externe du côté droit sont oblitérées par des caillots qui paraissent fibrineux à la périphérie.

Les ganglions lombaires sont petits.

Les ganglions iliaques sont volumineux; surtout, on en trouve un gros comme une noix au-dessus de l'arcade fémorale gauche.

Du côté des autres organes, rien de particulier à signaler.

Un fragment d'utérus et de tumeur est prélevé.

Un ganglion lombaire et un fragment du gros ganglion iliaque gauche.

L'examen microscopique a confirmé ce que l'examen macroscopique laissait prévoir, c'est-à-dire que le fibrome était sphacélé et que les ganglions volumineux étaient tout simplement des ganglions enflammés.

OBSERVATION VIII

(BISCH : *Thèse de Paris*, 1901, p. '00).

Fibrome interstitiel-gangrène-hystérectomie totale.

Guérison.

Mlle Amélie V..., 56 ans, entre le 5 juin 1901, à l'Hôpital Cochin, dans le service de M. le Docteur Quenu. Elle a toujours été réglée d'une façon normale depuis l'âge de treize ans, jusqu'à sa ménopause qui survint à l'âge de 51 ans.

Pas de grossesse, pas de maladie antérieures. Elle était grasse, très vigoureuse, très active avant sa ménopause; et pendant les quatre années qui suivirent, elle continua à jouir d'une santé parfaite, sans éprouver de troubles quel-

conques, sans avoir ni pertes blanches, ni pertes de sang.

Il y a environ dix-huit mois, elle a commencé à avoir des pertes sanguinolentes qui devinrent rapidement visqueuses et légèrement fétides. Ce caractère de fétidité s'accrut dans la suite jusqu'à devenir insupportable. En même temps elle maigrissait, devenait pâle, affaiblie et ses fonctions digestives qui, jusque là s'accomplissaient normalement se troublèrent de plus en plus; après chacun de ses repas, elle était très fortement ballonnée, avec des sensations de pesanteur, des nausées et finalement des vomissements. L'appétit disparut à peu près complètement et fit place à un dégoût presque absolu de tous les aliments.

Les pertes devenaient incessantes, très abondantes et surtout horriblement fétides; elle se décida, non sans répugnance, à se faire examiner et soigner.

A son entrée à l'hôpital, elle est amaigrie, les traits tirés, le teint jaunâtre, mais légèrement plombé, plutôt comme une intoxiquée que comme une cancéreuse. Son ventre n'est pas augmenté de volume; la palpation n'y laisse pas sentir de tumeur. Le toucher vaginal montre un col de forme et de consistance normales; les culs-de-sac sont libres, l'utérus a le volume des deux poings; il est très irrégulier et l'on sent à sa surface des nombreuses bosselures. Le doigt ramène un liquide roussâtre, sanieux, horriblement fétide, d'une odeur très voisine de celle de l'épithélioma utérin; mais moins fade et plus pénétrante encore.

Pendant les jours qui suivent, la malade présente une courbe de température irrégulière avoisinant 38° le soir.

L'urine prise dans la vessie ne renferme pas d'albumine. On porte le diagnostic de tumeur maligne; l'utérus n'est pas très gros, il est mobile, les culs-de-sacs sont libres, les ligaments larges apparaissent indemnes. M. Quenu décide de donner à cette femme les chances de la laparotomie exploratrice, suivie d'une intervention radicale si rien ne s'oppose à l'ablation totale. En outre, M. Quenu formule des réserves sur la possibilité d'un fibrome gangrené.

La malade est préparée soigneusement pendant plusieurs jours : lavages vaginaux et intra utérins à l'eau oxygénée, bains répétés, pansements humides de l'abdomen.

Opération le 27 juin. — Laparotomie. L'utérus est bourré de fibromes; il est mobile, l'hystérectomie totale est décidée. protection soigneuse du péritoine. Désinsertion du vagin sans incident. Il ne s'écoule pas de liquide par le col, grâce à un tampon de gaze qui l'obture. Péritonisation. Suture de la paroi avec drainage par un gros drain. Dans la journée, quatre litres de sérum ou injection sous-cutanée.

A 5 heures du soir, température 36°6, pouls 76. La malade est calme et n'a pas vomi.

A minuit : température 38°6, pouls à 90.

Le 28 juin. — La malade a été assez agitée, pendant la nuit; elle a vomi trois fois.

Le matin : température 38°4; pouls à 96.

Le pansement est enlevé. Le drain est laissé en place, mais, selon, l'habitude du service, on introduit par son orifice une pipette avec laquelle on aspire à plusieurs reprises le liquide qui stagne au fond de la plaie. On retire ainsi une petite quantité de sérosité sanguine épaisse et un peu fétide. Cette opération est répétée le soir, à l'heure de la contre visite, et le matin jusqu'à l'ablation du drain.

Le soir, température, 38°8, pouls à 92. Le ventre est souple et non ballonné. On donne à la malade un verre de limonade purgative.

Le 29 juin. — La malade est allée à la selle et a rendu des gaz.

Le matin, température 37°8, pouls à 88.

Le 30 juin. — Température 37°6, pouls à 88. On enlève le drain.

La malade baisse progressivement de température jusqu'à 37°. Cependant, le cinquième jour, la partie inférieure de la plaie, à l'endroit du drain, est le siège d'un peu de rougeur. Puis, le lendemain, il se forme à ce niveau, dans la

paroi un petit abcès à pus verdâtre et très fétide. Eau oxygénée... Pansements semi-humides, au moyen de compresses de gaze stérilisée trempée dans l'eau oxygénée et fortement exprimées, recouvertes d'ouate sans taffetas gommé. Cette petite complication rapidement enrayée, ne retarde la guérison que de quelques jours.

Nous avons revu la malade le 28 octobre, en parfaite santé.

Examen de la pièce. — L'utérus est du volume des deux poings. Des fibromes au nombre de quatre, font saillie, sur la paroi postérieure, ils ont chacun le volume d'une grosse noix. A la section de l'utérus, on voit une cavité anfractueuse de la dimension d'un œuf de poule, creusée aux dépens de la paroi postérieure. Cette cavité anfractueuse irrégulière, traversée par des faisceaux de fibres à demi désagrégées, contient une certaine quantité de détritrus rougeâtres, semi-liquides et très fétides. La région cervicale est irrégulière du côté de la muqueuse. Le col lui-même paraît sain.

Examen histologique. — Il a été pratiqué par M. Landel, chef de laboratoire de M. Quenu, à l'hôpital Cochin.

Il est nécessaire de multiplier les coupes pour se rendre un compte exact de la nature des éléments que l'on observe au niveau des masses fibromyomateuses ordinaires. Vers leur sommet, on voit des travées fibro-conjonctives ou des bandes de fibres musculaires lisses dissociées par des éléments cellulaires très nombreux de toutes formes et de toutes dimensions.

Mais au voisinage de la muqueuse, parfaitement reconnaissable, bien qu'altérée par la gangrène on observe des boyaux cellulaires tout à fait différents par leurs éléments du stroma conjonctif de la muqueuse voisine. Ils sont formés de grosses cellules à noyaux volumineux, irréguliers, bourgeonnant plus ou moins. On trouve partout une karyokinèse abondante et anormale. Tous ces caractères sont ceux

d'un carcinome diffus. En certains points ces cellules, par leur forme, par leur disposition et leur orientation, présentent des particularités qui permettent d'affirmer leur origine cylindrique. Ce sont ces éléments épithéliaux qui se retrouvent mêlés à des leucocytes dans les mailles du tissu fibromyomateux dissocié dont nous avons parlé plus haut.

Nous sommes donc en présence d'un carcinome de la muqueuse du corps utérin développé sur un utérus fibromyomateux et s'accompagnant de gangrène.

OBSERVATION IX.

Observation personnelle

prise dans le service de Monsieur le Docteur BUQUET.

Mme M..., âgée de 48 ans, venue consulter pour des douleurs pelviennes, présente à l'interrogatoire des symptômes de fibromatose utérine remontant à trois ans environ. Depuis cette date en effet, les règles jusque là normales en abondance et en durée deviennent anormalement copieuses et prolongées. Mais la malade ne s'en était pas autrement inquiétée, et ce n'est que l'apparition de douleurs remontant à trois mois environ qui la décida à venir consulter.

Ces douleurs sont continues mais s'exacerbent au moment de l'apparition des métrorragies; celles-ci s'accompagnent d'une ascension thermique surtout vespérale en même temps qu'un état de malaise généralisé.

A l'examen, on est tout d'abord frappé par le facies de la malade, qui, non seulement est anémique, le fait pouvant s'expliquer par les hémorragies abondantes qu'elle a présentées, mais qui présente en outre un fond jaune bistre particulièrement net au niveau des paupières inférieures. La palpation abdominale montre au niveau du pelvis une tumeur volumineuse résistante, déjetée du côté droit; mais de ce côté, en une région répondant sensiblement à la corne

utérine, on trouve une zone de la surface d'une paume de main environ, plus molle et surtout très douloureuse.

Un toucher vaginal conjugué avec un palper abdominal montre que l'ensemble de la tumeur fait corps avec l'utérus et n'en est séparée par aucun sillon; le col utérin, haut situé, est fermé, dur, irrégulier, regarde légèrement à gauche.

La tension artérielle est basse et la malade ne présente aucun des symptômes cardiaques de l'hypertension des fibromateuses.

Elle est mise en observation : au bout de huit jours les symptômes ne se sont en rien atténués, mais on est frappé par l'existence d'un état subfébrile avec température oscillant autour de 38, sans rémissions matinales.

Les antécédents, le caractère de l'hémorragie font porter le diagnostic de fibrome utérin, les douleurs et la température celui de fibromes compliqués, l'existence d'une zone utérine molle dépressible et douloureuse, celui de fibrome en voie de nécrobiose aseptique; l'intervention est décidée le 14 février 1929 et pratiquée par le Docteur Buquet : hystérectomie subtotale par laparotomie médiane. L'abdomen est refermé sans drainage et les suites opératoires sont normales.

L'examen anatomique de la pièce montre un fibrome interstitiel étendu à la presque totalité de la musculéuse; au niveau de la base utérine qui présente une coloration violacée et à la coupe un aspect brunâtre avec ramollissement de la zone centrale.

L'examen histologique n'a pu être pratiqué.

La malade revue en Mai, trois mois après l'intervention, se présentait en parfait état : l'anémie avait complètement disparu et la malade n'accusait encore aucun trouble d'insuffisance ovarienne.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les complications susceptibles d'entre-couper l'évolution des fibromes utérins, il faut placer au premier plan les dégénérescences et en particulier la nécrobiose aiguë aseptique.

II. — Cette nécrobiose aiguë aseptique est propre aux fibromes sous péritonéaux ou interstitiels; les polypes présentent le plus souvent des accidents des nécrobioses septiques; mais l'infection vraie est grandement favorisée par la nécrobiose.

III. — Les accidents se manifestent par des phénomènes douloureux associés à des modifications physiques des caractères de la tumeur frappée dans son volume et sa consistance et à des troubles de l'état général se manifestant par le teint jaune sale et l'hyperthermie.

IV. — Ces phénomènes de nécrose sont étroitement liés à la ménopause et bien souvent ils sont observés au moment de son installation ou après elle; ce fait ne saurait étonner si l'on se rappelle les troubles circulatoires que présentent les malades à cet âge.

V. — Le sphacèle d'un fibrome utérin est une indication majeure de l'hystérectomie abdominale subtotale ou totale qui devra être pratiquée sinon d'urgence, tout au moins hâtivement.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Fibrome ayant subi la transformation nécrobiotique (Lyon Médical 1913).
- AUCHE et BRAINDAIS. — Sphacèle aseptique des fibromyomes utérins (Journal de Médecine de Bordeaux 1909).
- BALADE. — Etude sur la gangrène des myomes utérins (Thèse de Paris 1875).
- BARBIER. — Contribution à l'étude du sphacèle des fibromyomes utérins au cours de la grossesse. (Thèse de Bordeaux 1919-1920).
- BARBOUTH. — Etude clinique et histologique sur la nécrobiose aseptique des fibromyomes de l'utérus. (Revue de chirurgie de Paris 1912).
- BARDON. — Circulation artérielle dans les fibromes utérins. (Revue de Gyn. et Obs. 1921, t. IV; p. 553).
- BEGOUIN. — Le sphacèle des fibromes interstitiels non exposés. (Journal de médecine de Bordeaux 25/4/1909).
- Fibrome utérin et sphacèle. (Journal de médecine de Bordeaux, 10 janvier 1922).
- Nécrobiose des fibromes utérins. (Paris-Médical t. II, n° 24, 17 juin 1922).
- BISCH. — La gangrène des fibromyomes utérins non pédiculés. (Thèse de Paris, 1901).
- BOURSIER et LEFEVRE. — Fibrome interstitiel atteint de sphacèle putride. (Journal de médecine de Bordeaux, 24 mars 1907).

BUSHNELL. — Red degeneration so-called necrobiosis of a fibromyoma of uterus. (British medical Journal London 1905).

CARRIAT. — Une complication des fibromes utérins après la ménopause. Leur gangrène et leur nécrobiose. (Thèse Bordeaux 1922-1923).

CHAVANNAZ. — Sur trois cas de sphacèle de fibrome utérin. (Journal de médecine de Bordeaux, 14 avril 1907).

— Trois cas de fibromes utérins sphacelés au cours de la grossesse. (Revue Chirurgie Paris 1919, p. 712).

— Sphacèle latent et à foyers multiples dans un myome utérin. (Journal de médecine de Bordeaux 1907).

CHAVANNAZ et NADAL. — Myome utérin, mécanisme de l'irruption dans la cavité utérine. (Sté de Médecine de Bordeaux 1913).

— Circulation artérielle d'un fibromyome utérin interstitiel sphacélé. (Journal de Médecine de Bordeaux 1910, 13 février).

CHADWICK. — Fibrome suppuré. (Boston méd. and. surg. Journal 29 avril 1907, p. 407).

CLAISSE. — Développement des fibromes. (Thèse de Paris 1900).

COUTY. Les crises aiguës fébriles dans la nécrobiose des fibromes utérins. (Thèse Bordeaux 1924-25).

CROUSSE. — Un cas de fibromyome rouge à évolution rapide. (Bulletin de la Sté Belge de Gynn. et Obs. Brux. 1912-13).

CULLINGWORTH. — Fibrome interstitiel gangrené (transact. of. Obst. Sty, 1894, p. 268).

DELFOURD, PELISSIER et CAVANIOL. — Fibrome sphacélé du corps utérin. (Bull. Soc. obst. et Gyn. de Paris, 1924).

- DELORE. — Société de chirurgie de Lyon 1903.
- DUNCAN. — Terminaison des fibromes. (*Medical Times and Gazette*, 1885).
- DUVERGEY. — Sphacèle de l'utérus consécutif à un gros fibrome utérin sphacélé guéri par l'hystérectomie abdominale totale. (*Sté de Méd. et de Chirurgie de Bordeaux*, 11 juin 1920).
- FAURE et SIREDEY. — Complication des fibromyomes. (*Traité de Gyn. médico-chirurgicale*, p. 789).
- FERRONI. — *Ann. di. ostet. et gynec.* n° 4, 1899.
- FIOLLE. — Fibromes hyperthemisants. (*Bull. et mén. soc. Chirurgie de Paris* 1922).
- FORGUES et MASSABUAU. — Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, t. XXXIV, p. 266-268).
- FREUND. — *Centralblatt fur. gyn.* 1900.
- GAMBIER. — Des fibromes interstitiels nécrobiosés. (Thèse de Bordeaux 1909).
- GASTON MICHEL. — Myome rouge encapsulé de l'utérus. (*Bull. Obs. et Gyn. de Paris* 1912, p. 365).
- GEBHARD. — *Pathologische anatomie der Weiblichen Sexual- Organe*, 1899).
- GHINEVA (Mlle). — De la gangrène des fibromyomes utérins sous-muqueux non pédiculés. (Thèse Montpellier 1906).
- GUGGISBERG. — Berne — *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 1921).
- GUYOT et ICHON. — Sur un cas de fibrome sphacélé du col utérin. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 mars 1923).
- HARTMANN et MIGNOT. — Suppurations de fibromes interstitiels. (*Ann. de Gyn. et Obst. Paris* 1896).
- HYENNE. — Principales dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. (Thèse de Paris 1898).

- LEMELAND. — De la torsion des fibromes utérins sous-séreux et interstitiels. (Thèse Paris 1909).
- LASNIER. — Sphacèle et purulence des fibromes utérins. (Thèse de Bordeaux 1897).
- LECENE. — Nécrobiose, suppuration et gangrène des fibromes utérins. (Ann. de Gyn. et d'Obst. août 1911, p. 449).
- LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie, t. 34, p. 266-267).
- LEGROS. — Gangrènes gazeuses aiguës. (Thèse Paris 1902).
- LEJARS. — Rapport à la Sté de chirurgie (30 mars 1898).
- LEROUX. — Contribution à l'étude de la nécrobiose des fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse. (Thèse Paris 1923).
- LORRAIN SMITH et FLETCHER SHAW. — Dégénérescence rouge des fibromyomes utérins. (Journal de Chirurgie, Juin 1913, t. X, p. 776).
- LOUBAT. — Gangrène d'un fibrome utérin après la ménopause. (Sté d'Obst. et de Gyn. Bordeaux 12/4/1921).
- Césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome utérin en nécrobiose. (Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris 1923).
- MAZET. — Gros myome rouge encapsulé de l'utérus à évolution rapide. (Lyon médical 1911).
- MICHEL. — Myome rouge encapsulé de l'utérus. (Bulletin de la Sté d'Obst. et de Gyn. de Paris 1912).
- MITCHNIK Ephrusi (Charlotte). — Ueber nekrose der Uterus myome. (Thèse Berlin 1907).
- MONIN. — Fibrome utérin suppuré. (Ext. du Journal des Médecins praticiens, Lyon 1911).
- NANTA et CLERMONT. — Polype utérin et pyomètre. (Toulouse médical 1909).
- PIQUAND. — Les dégénérescences des fibromes. (Thèse Paris 1905).

- POTHERAT. — Bull. et Mém. de la Sté de Chirurgie 1898.
- POZZI. — Altérations et dégénérescences des fibromes. (Traité de Gyn. clinique et opératoire 4^e éd.).
- PY. — Contribution à l'étude des myomes rouges de l'utérus. (Thèse Montpellier 1913).
- RICHELOT. — Fibrome sous-muqueux gangrené. (Thèse de Gerdy, Paris 1901, p. 96).
- ROGER. — Traité de pathologie générale de Bouchard et Roger (t. III).
- SCHAUTA. — Myomnektomie (Wien Klin. Wchnscher. 1917).
- SHICKELE. — Bulletin de la Sté d'Obst. et de Gynéc. de Paris 1924, p. 214-216).
- SILHOL et BOURDE. — Marseille médical 1923.
- TEDENAT et TZELEPOGLON. — Myomes utérins en dégénérescences rouge (La Gynécologie Février 1921).
- TERMIER et DOUVIER. — Fibromes utérins dégénérés. (Revue de Chirurgie 1912).
- TIMES. — Transact of the London Obst. Sty 1861).
- TIXIER et MURARD. — Inflammation et nécrobiose dans les bromyomes. (Lyon Médical 1913).
- TROTOBAS. — De la nécrose et de l'infection larvées dans les fibromyomes interstitiels de l'utérus. (Thèse Lyon 1911).
- VAUTRIN. — Du sphacèle des fibromes interstitiels de l'utérus. (Ann. de Gyn. et d'Obst. t. L, 1898, p. 89-108).
- VENOT et LOUBAT. — Journal de médecine de Bordeaux 1913.
- VIOLET et ALAMARTINE. — Myome rouge encapsulé de l'utérus. (Revue de Chirurgie 1910, p. 100).

VII : *Le Doyen,*
ROGER.

VII : *Le Président de la Thèse,*
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

